

**EVALUASI OUTPUT DAN OUTCOME PADA PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN MASYARAKAT KOTA (JAMKESMASKOT)  
DI KOTA SEMARANG**

Oleh :

Golda Oktavia, Hartuti Purnaweni, Aloysius Rengga

**JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

Jalan Profesor Haji Soedarto Sarjana Hukum, Tembalang, Semarang 12693

Telepon (024) 7465407 Faksimile (024) 7465405

Laman : <http://www.fisip.undip.ac.id> email : [fisip@undip.ac.id](mailto:fisip@undip.ac.id)

**ABSTRAK**

Cakupan kepesertaan program Jamkesmaskot di Kota Semarang pada tahun 2013 yang bertambah sebanyak 11.559 jiwa dari tahun 2011, serta banyaknya keluhan dari masyarakat yang berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan program Jamkesmaskot, menjadi latar belakang penelitian ini. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui output dan outcome dari Program Jamkesmaskot di Kota Semarang. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif, dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan dokumentasi.

Hasil penelitian yang berkaitan dengan indikator output menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan untuk program Jamkesmaskot sudah mencapai 100%, mutu dan akses pelayanan kesehatan sudah semakin baik dan mudah dijangkau. Kemudian berkaitan dengan indikator outcome dapat disimpulkan bahwa program Jamkesmaskot berdampak positif, antara lain seluruh warga miskin dan/atau tidak mampu di Kota Semarang sudah mendapatkan jaminan pemeliharaan pelayanan kesehatan, rasa aman bagi warga miskin di Kota Semarang, serta warga yang hampir miskin tidak jatuh menjadi miskin akibat menderita sakit. Sedangkan dampak negatifnya antara lain ada beberapa warga yang bermental miskin sehingga memungkinkan warga yang sebenarnya tergolong mampu ikut mengakses pelayanan kesehatan, terjadi diskriminasi antara pasien umum dengan pasien Jamkesmaskot, serta adanya selisih biaya kesehatan yang merugikan pihak rumah sakit. Disarankan perlunya pengawasan terhadap pembuatan SKTM, pembuatan tempat penampung aspirasi publik agar masyarakat dapat memberikan masukan serta perbaikan terhadap standar biaya kesehatan agar dapat mengikuti inflasi sehingga rumah sakit tidak merasa dirugikan.

**Kata Kunci : Evaluasi Program, Jamkesmaskot, Output, Outcome, Kota Semarang**

## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

Resolusi WHO ke 58 tahun 2005 di Jenewa menetapkan bahwa *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan sebuah isu penting bagi negara maju dan negara berkembang. Tujuan dari UHC adalah untuk memastikan bahwa semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa memikirkan berapa biaya yang akan dikeluarkan. Hal ini berkaitan dengan inti dari administrasi publik yaitu memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat untuk kepentingan dan kesejahteraan rakyat. Salah satu kepentingan publik yang terpenting adalah bidang kesehatan maka negara di dunia tidak terkecuali Negara Indonesia berkewajiban untuk menjamin kesehatan bagi seluruh warga masyarakatnya secara adil dan tanpa memandang bulu.

Pada dasarnya Pemerintah Indonesia sudah banyak mengeluarkan program kesehatan untuk menjamin kesehatan warga negaranya. Bahkan di daerah sudah

ada jaminan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah untuk membantu pemerintah pusat dalam mencapai UHC. Salah satu program yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah adalah program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sesuai dengan amanat dalam UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Pelayanan kesehatan Jamkesda ditujukan bagi masyarakat miskin di daerah. Kenapa masyarakat miskin yang menjadi sasaran? Hal ini cukup beralasan, karena kemiskinan dan kesehatan merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Chriswardani Suryawati dalam jurnalnya yang berjudul “Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional” (2005), menjelaskan keterkaitan antara pembangunan kesehatan dan ekonomi yaitu apabila pembangunan kesehatan dan gizi berhasil, maka status kesehatan dan status gizi akan meningkat yang kemudian berakibat pada peningkatan kemampuan, keterampilan, dan kecerdasan untuk bekerja dengan baik, sehingga pendapatan individu, masyarakat, dan negara meningkat.

Pada kenyataannya pelayanan kesehatan Jamkesda yang sasarannya adalah masyarakat miskin belum berjalan sesuai dengan target yang ditetapkan. Sebagai contoh di Provinsi Jawa Tengah berdasarkan data yang diperoleh dari Laporan Pencapaian SPM Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah (2012), diketahui bahwa cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin tahun 2010 hanya sekitar 47,30% masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan, sementara tahun 2011 naik menjadi 66,43%, dan tahun 2012 turun drastis menjadi 36,45%.

Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin juga masih sangat jauh dari target yang ditetapkan, yakni 100%. Pada tahun 2010 hanya 3,71% masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan. Pada tahun 2011 naik menjadi 6,82% dan tahun 2013 kembali naik menjadi 8,13%. Salah satu daerah yang pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukannya masih di bawah target yang ditetapkan adalah

Kota Semarang. Padahal Kota Semarang merupakan ibukota dari Provinsi Jawa Tengah.

Menurut hasil wawancara dengan Staf Seksi Pemberdayaan dan Pembiayaan Kesehatan Bidang PKPKL DKK Semarang, cakupan pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan pasien masyarakat miskin yang masih jauh dari target bisa disebabkan oleh hampir semua daerah di Jawa Tengah gagal dalam memberikan pelayanan menyeluruh kepada masyarakat miskin, karena adanya pembatasan pembiayaan kesehatan atau juga karena memang tingkat kesehatan masyarakat miskin yang meningkat sehingga tidak mengakses pelayanan kesehatan.

Dilatarbelakangi oleh hal tersebut maka penelitian ini ditujukan untuk mengevaluasi program Jaminan Kesehatan di Kota Semarang yang diberi nama Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota (Jamkesmaskot). Berdasarkan data, cakupan kepesertaan program Jamkesmaskot meningkat, seperti yang terlihat pada Tabel berikut:

**Tabel 1.1. Cakupan Kepesertaan Program Jamkesmaskot**

No	Tahun	Jumlah Penduduk Miskin	Cakupan Jamkesmas	Cakupan Jamkesmaskot
1.	2011	448.398 jiwa	306.700 jiwa	141.698 jiwa
2.	2013	373.978 jiwa	220.721 jiwa	153.257 jiwa

Sumber: Bappeda Kota Semarang, 2013

Pada tahun 2011, dari sebanyak 448,398 jiwa penduduk miskin di Kota Semarang yang dilayani oleh Jamkesmas sebanyak 306.700 jiwa dan sisanya sebanyak 141.698 jiwa dilayani oleh Jamkesmaskot. Sedangkan pada tahun 2013, dari sebanyak 373.978 jiwa penduduk miskin di Kota Semarang yang dilayani oleh Jamkesmas sebanyak 220.721 jiwa dan sisanya sebanyak 153.257 jiwa dilayani oleh Jamkesmaskot. Walaupun jumlah masyarakat miskin menurun tetapi cakupan kepesertaan untuk program Jamkesmaskot bertambah sebanyak 11.559 jiwa.

Selain itu, berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa masih banyak kesulitan yang dialami oleh masyarakat miskin untuk mendapatkan pembebasan biaya kesehatan. Masyarakat merasa dipersulit oleh proses atau alur yang ada. Padahal tujuan dari program

Jamkesmaskot adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan serta cakupan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan atau tidak mampu.

Walaupun cakupan kepesertaan program Jamkesmaskot sudah mencapai 100%, namun banyaknya keluhan dari masyarakat berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan program Jamkesmaskot. Mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari tingkat kepuasan penerima bantuan.

Berbagai permasalahan di atas menjadi alasan peneliti untuk melakukan penelitian dengan judul “Evaluasi Output dan Outcome pada Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota (Jamkesmaskot) di Kota Semarang”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui output dan outcome dari Program Jamkesmaskot di Kota Semarang.

## TEORI

### a. Evaluasi Kebijakan

Winarno (2007:225)

menyatakan bahwa evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil yang diinginkan. Seringkali terjadi, kebijakan publik gagal meraih maksud dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan.

### b. Indikator Evaluasi

Indikator evaluasi menurut Bridgman dan David (Badjuri dan Yuwono, 2002) dipilih untuk menilai output dan outcome dari Program Jamkesmaskot di Kota Semarang. Fokus penilaian untuk indikator output adalah apakah hasil dari kebijakan dan berapa orang yang berhasil mengikuti kebijakan tersebut. Sedangkan fokus penilaian untuk indikator outcome adalah apa dampak dari program Jamkesmaskot di Kota Semarang, baik dampak positif maupun dampak negatif, yang

diterima oleh masyarakat dan pihak yang terkena kebijakan.

## METODE PENELITIAN

Tipe penelitian dalam penelitian ini adalah kualitatif deskriptif, untuk mendeskripsikan dan menganalisis sejauh mana masyarakat miskin telah mendapatkan haknya di bidang kesehatan, sejauh mana program Jamkesmaskot mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dan bagaimana dampak program Jamkesmaskot bagi pihak-pihak yang terkena kebijakan.

Data primer dan sekunder merupakan sumber data dalam penelitian ini, yang dihimpun berdasarkan survei di lapangan melalui wawancara terstruktur, observasi partisipasi pasif, dan studi kepustakaan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Output

#### a. Cakupan Kepesertaan

Program Jamkesmaskot telah mencakup seluruh warga miskin dan/tidak mampu di Kota Semarang yang tidak tercakup oleh program Jamkesmas, karena indikatornya berdasarkan isi SPM adalah semua

yang sakit terlayani, serta jumlah masyarakat miskin yang sakit dan berkunjung terlayani. Dilihat dari indikator tersebut maka cakupan peserta Jamkesmaskot sudah mencapai 100%.

Selain itu, masih dibukanya mekanisme Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) di Kota Semarang juga turut mendukung pencapaian *universal coverage* di Kota

Semarang, karena masyarakat miskin dan/atau tidak mampu yang tidak terdaftar dalam database kepesertaan masih dapat mengakses dan memanfaatkan program Jamkesmaskot melalui mekanisme SKTM.

Lihat Tabel 1.2 mengenai Cakupan Kepesertaan (*Universal Coverage*):

**Tabel 1.2. Cakupan Kepesertaan (*Universal Coverage*)**

N O.	Indikator Kinerja	Target	Kondisi Awal (Capaian 2012)	Kondisi Akhir (Capaian 2013)	Persentase
1.	Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan	55%	55,79%	56,91%	100%

Sumber: LAKIP Kota Semarang 2013

#### **b. Mutu Pelayanan Kesehatan**

Azwar (1996:48) dalam bukunya yang berjudul “Pengantar Administrasi Kesehatan” mengemukakan bahwa mutu pelayanan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan

penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, wujud serta ciri-ciri pelayanan kesehatan, dan ataupun kepatuhan terhadap standar pelayanan. Mutu pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan,

yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996:51).

Mutu pelayanan kesehatan apabila dilihat dari penyelenggaraan program Jamkesmaskot sudah baik karena dijalankan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Hanya saja kurangnya sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan serta alur yang panjang membuat pelayanan yang diberikan dirasa masyarakat kurang memuaskan. Berikut pernyataan dari Kepala Puskesmas Pandanaran mengenai mutu pelayanan kesehatan:

*“Kalau untuk pelayanan dasar sudah cukup mutunya, tapi masyarakat namanya ketidakpuasan itu relatif ya. Untuk puskesmas selama ini pelayanan dasar sudah dioptimalkan dengan baik dan sudah sesuai dengan aturan yang ada”* (wawancara tanggal: 25 Februari 2015).

Sementara dari aspek kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan dalam

program Jamkesmaskot, rata-rata masyarakat mengatakan bahwa keberadaan program Jamkesmaskot sangat membantu masyarakat karena masyarakat tidak perlu mengeluarkan biaya kesehatan untuk berobat. Sehingga masyarakat miskin dan/atau tidak mampu di Kota Semarang merasa terjamin dengan adanya Jamkesmaskot. Namun terkait dengan mekanisme atau alur yang harus dijalankan, sebagian besar masyarakat juga sepakat bahwa proses untuk mendapatkan jaminan kesehatan melalui program Jamkesmaskot dirasa masyarakat terlalu lama. Terutama alur yang harus dijalankan ketika masyarakat dirujuk ke rumah sakit. Berikut pernyataan dari seorang warga Wonosari yang pernah berobat baik di puskesmas maupun di rumah sakit:

*“Menurut saya program Jamkesmaskot ini sangat membantu masyarakat miskin ya, khususnya saya. Kalau tidak ada Jamkesmaskot berobat mahal, saya tidak kuat bayar, ya meskipun proses yang harus dilalui itu panjang. Lagipula petugas di puskesmas baik hanya saja petugas di rumah sakit rada judes tapi ya sudah biasa menghadapi petugas yang*

*begitu”* (wawancara tanggal: 25 Februari 2015).

Dilihat dari kedua aspek di atas, dapat diketahui bahwa mutu pelayanan kesehatan di Kota Semarang sudah meningkat perlahan-lahan, secara bertahap, karena masih ada beberapa masyarakat yang kurang puas dengan pelayanan kesehatan terutama yang diberikan oleh rumah sakit. Dengan kata lain, dapat dikatakan bahwa tujuan kedua dari Program Jamkesmaskot yaitu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan/atau tidak mampu dapat terlaksana di Kota Semarang dengan baik.

### **c. Akses Pelayanan Kesehatan**

Pengertian aksesibilitas menurut Wikipedia adalah derajat kemudahan dicapai oleh orang, terhadap suatu objek, pelayanan ataupun lingkungan. Aksesibilitas pelayanan publik merupakan tingkat kemudahan untuk mencapai suatu pelayanan publik yang diselenggarakan oleh negara. Oleh karena itu, akses pelayanan kesehatan untuk program Jamkesmaskot dilihat dari persebaran

fasilitas kesehatan dan kemudahan masyarakat miskin dalam mengakses program Jamkesmaskot.

Jumlah puskesmas utama yang banyak dan tersebar di seluruh kecamatan Kota Semarang serta adanya puskesmas keliling memudahkan masyarakat untuk mengakses program Jamkesmaskot. Sementara akses ke rumah sakit dilihat dari persebaran rumah sakit yang bekerjasama dengan program Jamkesmaskot belum mencakup seluruh kecamatan di Kota Semarang.

Terlepas dari letak puskesmas dan rumah sakit, akses pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmaskot sudah lebih baik karena masyarakat miskin dan/tidak mampu di Kota Semarang tetap dapat mengakses program Jamkesmaskot, meskipun tidak masuk dalam database kepesertaan. Hanya saja mengenai kartu Jamkesmaskot yang tidak dicetak dan dibagikan menyulitkan pasien Jamkesmaskot yang rumahnya jauh dari loket verifikasi untuk menukarkan kartu KIM atau surat



SKTM dengan kartu Jamkesmaskot jika ingin berobat.

## **2. Outcome**

### **a. Dampak Positif**

Program Jamkesmaskot membawa dampak positif dan negatif baik bagi pemerintah, masyarakat maupun stakeholder yang terkait. Dampak positif dari program Jamkesmaskot antara lain seluruh warga miskin dan/atau tidak mampu di Kota Semarang sudah mendapatkan jaminan pemeliharaan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain seluruh warga miskin di Kota Semarang sudah terfasilitasi sehingga mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan secara gratis.

Selain itu, program Jamkesmaskot memberikan rasa aman bagi warga miskin di Kota Semarang karena mereka sudah terlindungi, sehingga tidak perlu memikirkan biaya yang harus dikeluarkan apabila mereka menderita sakit. Semakin mahal dan meningkatnya biaya kesehatan setiap tahun membawa dampak yang besar bagi seluruh warga terutama warga miskin dan/atau tidak mampu yang untuk memenuhi kebutuhan sehari-

sehari seperti makan saja sudah susah. Oleh karena itu, dengan adanya program Jamkesmaskot masyarakat miskin yang menderita sakit dapat memperoleh haknya di bidang kesehatan dengan mengakses pelayanan kesehatan secara gratis.

Dampak positif lainnya yaitu warga yang rawan miskin atau hampir miskin tidak jatuh menjadi miskin akibat menderita sakit yang memerlukan biaya tinggi karena sudah difasilitasi oleh pemerintah melalui program Jamkesmaskot, sehingga secara tidak langsung program Jamkesmaskot dapat mengurangi tingkat kemiskinan di Kota Semarang. Dengan adanya program Jamkesmaskot, warga yang rawan miskin tidak perlu sampai menjual asetnya atau berhutang untuk berobat karena sudah mendapatkan jaminan kesehatan melalui program Jamkesmaskot.

### **b. Dampak Negatif**

Selain dampak positif ada juga dampak negatif dari adanya program Jamkesmaskot bagi masyarakat maupun stakeholder yang terkait. Dampak negatif dari adanya program Jamkesmaskot

adalah: Dampak sosial yaitu ada sebagian warga yang bermental miskin dan menggantungkan dirinya pada program bantuan yang diberikan oleh Pemerintah sehingga memungkinkan warga yang sebenarnya tergolong mampu ikut mengakses pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmas. Program Jamkesmas membawa efek samping tersebut dimana ada sebagian masyarakat yang pada saat pendataan mengaku-ngaku miskin supaya mendapatkan bantuan kesehatan. Selain dampak positif, masih dibukanya mekanisme SKTM juga berdampak negatif sehingga membuka kesempatan bagi warga yang sebenarnya mampu ikut mengakses program Jamkesmas.

Selain itu, terjadi diskriminasi oleh pihak rumah sakit pada pasien Jamkesmas karena standar biaya yang ditetapkan pemerintah tidak mengikuti inflasi, juga masih sering ditemui perbedaan persepsi antara Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang dan Rumah Sakit dalam menerjemahkan Peraturan Walikota No. 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan

Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu di Kota Semarang. Seperti misalnya tentang jenis-jenis pelayanan yang belum masuk Perwal tersebut, ada juga masalah terkait selisih harga obat yang merugikan pihak rumah sakit, karena standar biaya untuk program Jamkesmas yang berbeda dengan pihak rumah sakit.

Pada akhirnya, rumah sakit harus mengikuti standar biaya yang ada untuk program Jamkesmas yang terkadang belum dilakukan pembaharuan terhadap biaya kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan keaktifan dari rumah sakit untuk mengajukan perubahan aturan dalam MoU jika dirasa adanya perubahan biaya kesehatan agar rumah sakit tidak merasa dirugikan dan tetap memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu.

## **PENUTUP**

### **1. Kesimpulan**

Berkaitan dengan indikator output dapat disimpulkan bahwa cakupan kepesertaan program Jamkesmas di Kota Semarang sudah mencapai 100%. Mutu pelayanan kesehatan di Kota

Semarang sudah meningkat perlahan-lahan secara bertahap dengan adanya program Jamkesmaskot. Akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmaskot juga sudah semakin mudah dibandingkan pada awal program Jamkesmaskot tahun 2009.

Kemudian berkaitan dengan indikator outcome dapat disimpulkan bahwa program Jamkesmaskot membawa dampak positif dan negatif. Dampak positif dari program Jamkesmaskot antara lain seluruh warga miskin dan/atau tidak mampu di Kota Semarang sudah mendapatkan jaminan pemeliharaan pelayanan kesehatan, program Jamkesmaskot memberikan rasa aman bagi warga miskin di Kota Semarang, serta warga yang rawan miskin atau hampir miskin tidak jatuh menjadi miskin akibat menderita sakit yang memerlukan biaya tinggi.

Sementara dampak negatif dari program Jamkesmaskot antara lain ada beberapa warga yang bermental miskin dan menggantungkan dirinya pada

program bantuan yang diberikan oleh Pemerintah, terjadi diskriminasi antara pasien umum dan pasien Jamkesmaskot oleh pihak rumah sakit, karena standar biaya yang ditetapkan pemerintah tidak mengikuti inflasi, serta masih sering ditemui perbedaan persepsi antara DKK dan Rumah Sakit dalam menerjemahkan Peraturan Walikota No. 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu di Kota Semarang, seperti tentang jenis pelayanan yang belum masuk Perwal tersebut dan selisih harga obat yang merugikan pihak rumah sakit.

## **2. Saran**

Mekanisme Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) perlu dipertahankan, dengan perbaikan-perbaikan seperti misalnya pengawasan terhadap pembuatan SKTM, membuat tempat penampung aspirasi publik agar masyarakat dapat memberikan masukan dan evaluasinya kepada pelaksana program Jamkesmaskot, serta perlunya perbaikan terhadap standar biaya kesehatan agar harga obat yang

ditetapkan untuk program Jamkesmaskot dapat mengikuti inflasi, sehingga rumah sakit tidak dirugikan. Pada akhirnya pemberi pelayanan kesehatan yaitu puskesmas dan rumah sakit tetap menjaga mutu pelayanan kesehatan bagi pasien Jamkesmaskot.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Azwar, Azrul. (1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.
- Badjuri, Abdulkahar dan Teguh Yuwono. 2002. *Kebijakan Publik Konsep & Strategi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Suryawati, Chriswardani. 2005. *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional*. Universitas Diponegoro.
- Winarno, Budi. 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Laporan Pencapaian SPM Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012